

Rezumat

În articol sunt prezentate rezultatele evaluării indicatorilor de carie dentară și igienă orală la 2461 copii de 6, 12 și 15 ani din localitățile rurale și urbane din Republica Moldova. Lotul 1 l-au constituit 840 copii din zone cu concentrația în limitele normei (0,8-1,1 mg/l) a fluorurilor în apa potabilă; lotul 2 – 809 copii din zone cu concentrația sub limitele normei (0,4-0,6 mg/l), iar lotul 3 – 812 copii din zone cu concentrație excesivă (3,3-4,0 mg/l) a fluorurilor în apa potabilă. Studiul a constatat un nivel sporit al indicatorilor de carie dentară la copiii proveniți din zonele cu concentrația F în apa potabilă sub limitele normei, în special la copiii din localitățile rurale. Autorii concluzionează asupra necesității instituirii unor programe preventive, care vor contribui la scăderea indicatorilor de carie dentară.

Summary

This article presents the results of the evaluation of dental caries and oral hygiene indicators in 2461 children 6, 12 and 15 years old from rural and urban areas of the Republic of Moldova. Group 1 included 840 children from areas with a concentration of fluoride in drinking water within the limit (0.8-1.1 mg/l); group 2 – 809 children from areas with this concentration below the limit (0.4-0.6 mg/l), and group 3 – 812 children in areas with excessive concentrations of fluoride in drinking water (3.3-14.0 mg/l). The study revealed high indices of dental caries found in children from areas with fluoride concentration in drinking water below normal level, especially in children from rural areas. The authors conclude the need for preventive programs that will help reduce the presence of dental caries is obvious.

Резюме

В данной статье представлены результаты показателей заболеваемости кариеса зубов и гигиены полости рта у 2461 детей 6, 12 и 15 лет, проживающих в сельских и городских местностях Республики Молдова. Первую группу составили 840 детей, проживающих в районах с концентрацией фтора в питьевой воде в пределах нормы (0,8-1,1 мг / л), вторую группу составили 809 детей, проживающих в районах с концентрацией фтора в питьевой воде ниже нормы (0,4-0,6 мг / л) и третью группу – 812 детей, проживающих в районах с повышенной концентрацией (3,3 до 14,0 мг / л) фтора в питьевой воде. Исследование выявило высокий уровень показателей кариеса у детей, проживающих в районах с недостаточным содержанием фтора в питьевой воде, особенно у детей в сельской местности. Выводы: для снижения основных показателей заболеваемости кариесом зубов у детей необходимо внедрение программ профилактики, которые будут способствовать снижению поражения зубов кариесом.

INCIDENȚA APARIȚIEI EDENTAȚIILOR PARȚIALE ȘI CLASIFICAREA LOR LA COPII ȘI ADOLESCENȚI

Oleg Solomon, dr. med., conf. univ.,

Ion Lupan, dr. hab. med., prof. univ.,

Lilia Solomon, asist. univ.,

Valentina Trifan, dr. med., conf. univ.

USMF Nicolae Testemițanu, Catedra Chirurgie
OMF Pediatrică, Pedodonție și Ortodonție

Introducere

Studiind cazuri concrete, ca prim aspect în domeniul practic al abordării dereglărilor ocluzale sunt frecvent întâlnite formele de toleranță, resemnare sau indiferență – modalități în care pacientul, de cele mai multe ori, asimilează starea de edentație. Termenul asociat noțiunii de *edentație* este argumentat de elementul de bază al legăturilor de corelare existente între aparatul maxilo-facial și celelalte aparate ale organismului, în scopul armonizării funcționării întregului sistem. În viața cotidiană efectul prezenței edentației sub diferite forme clinice este asociat efectului absenței unui membru al organismului.

Edentația parțială la copii și adolescenți este o stare patologică a aparatului dento-maxilar ce apare în urma pierderii uneia până la 7 (la copii), 15 (la adolescenți). Edentația parțială se instalează de la vârste foarte tinere uneori chiar înaintea erupției molarului de 12 ani. Înainte de termen pot fi erupți atât dinții temporari, cât și cei permanenți. În literatura analizată sunt descrise metode de erupție intrauterină a dinților frontali. În aceste cazuri, pentru a preîntâmpina traumarea sânelui mamei și a nu încălca regulile alimenterii copilului, este recomandată extracția dinților ce au erupț înaintea termenului. Erupția tardivă se observă atât la dinții temporari, cât și la cei permanenți. Analizând literatura, observăm că cel mai des acești dinți sunt caninii și molarii trei. Motivele erupției tardive pot fi atât bolile suportate anterior, ca cele infecțioase, rahitele, bolile endocrine, procesele inflamatorii, cât și poziția incorectă a mugurilor dentari, precum și dinții supranumerari.

În urma instalării edentației, pe arcadă apar una sau mai multe breșe sau spații edentate. Spațiile edentate diferă în funcție de topografie (zona edentată), întindere și frecvență. Pot fi localizate la maxilar, mandibulă sau la nivelul ambelor maxilare. La nivelul unui maxilar pot fi localizate pe o hemiarcadă, pe ambele hemiarcade, în zona de sprijin (premolar, molar), în zona frontală sau anterioară.

În funcție de poziția spațiilor edentate față de dinții restanți breșele edentate sunt:

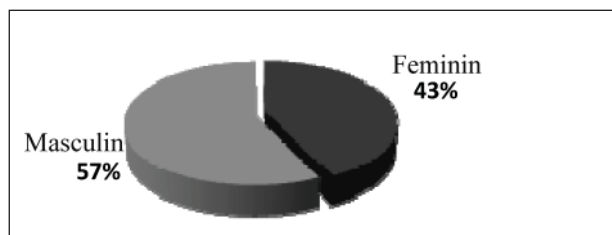


Figura 1. Repartizarea pacienților în funcție de sex

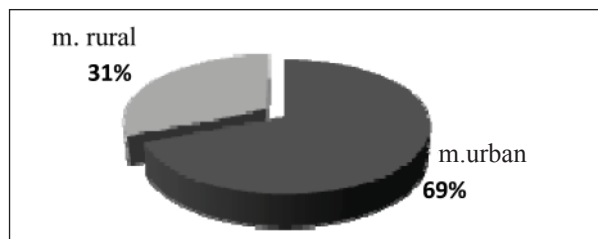


Figura 2. Repartizarea pacienților în funcție de mediu

- intercalate – delimitate de ambele extremități de dinți restanți;
- terminale – delimitate numai anterior de dinții restanți;
- mixte – când pe aceeași arcadă sunt prezente breșe edentate terminale și intercalate.

Dacă numărul dinților absenți la nivelul unei breșe edentate este mic (1–2 dinți), vorbim de o edentație redusă; 3–4 dinți absenți de la nivelul unei singure buze edentate dau o edentație întinsă. Edentația care se întinde din zona laterală în zona frontală cu lipsa caninului este extinsă, iar când pe arcadă rămân 1–4 dinți, edentația devine subtotală.

Din practica medicală personală, pe teritoriul țării noastre am depistat, în proporții destul de largi, stările de edentație la copii și adolescenți: parțial întinsă, edentația subtotală și totală, lucru care a generat un tablou clinic caracterizat de evaluările descriptive și analitice ale particularităților aparatului dento-maxilar care, la rândul lor, influențează asupra lărgirii sferei posibilităților ortodonto-protetice.

Material și metode de cercetare

În corespundere cu scopul studiului, au fost examinați 60 de pacienți cu edentații parțiale de diferite vârste în dentațiile deciduale, mixte și permanente la copii și adolescenți.

Referitor la caracteristica generală a subiecților, menționăm că vârsta pacienților este cuprinsă între 3 și 18 ani, dintre care 39 (57,14%) de sex feminin, 21 (42,85%) de sex masculin. Din totalul de pacienți, 17 (31,09%) erau domiciliați în mediul rural și 43 (68,9) – în mediul urban (figurile 1,2).

Analiza pacienților selectați, prezentată în figura 3, s-a efectuat în baza clasificării pacienților în funcție de prezența dentației temporare, mixte sau permanente. 12 pacienți cu dentația temporară aveau breșe dentare în urma cariei avansate și extracției precoce. În dentația mixtă se înscrie lotul de 28 pacienți cu anomalii dento-maxilare și erupție întârziată a dinților permanenți. 25 pacienți se referă la dentația permanentă, unde sunt asociate anomalii dento-maxilare de diferite clase după Angle cu anomalii dentare de număr și edentații parțiale, obținute în urma hipodonțiilor sau oligodonțiilor.

După un studiu al dinamicii dezvoltării ocluziei dentare și al tipului de ocluzii în dentațiile deciduale, mixte și permanente, propunem o clasificare a edentațiilor în dentațiile deciduale și mixte. Elaborarea și clasificarea edentațiilor parțiale propuse de noi este efectuată după numărul pacienților din lotul de studiu în ordinea erupțiilor dinților deciduali și permanenți (figurile 4, 5).

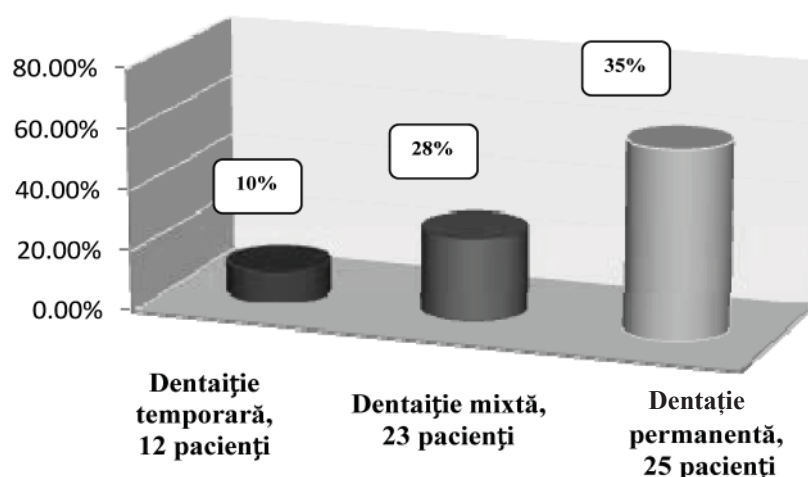


Figura 3. Repartizarea eșantionului în funcție de dentație

Dentația deciduală

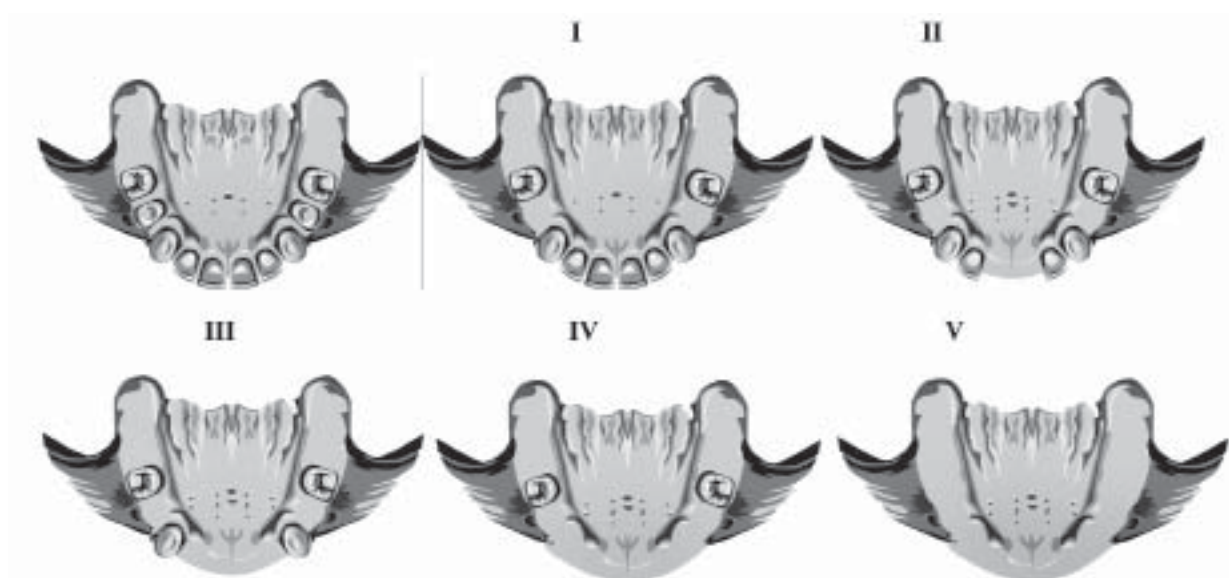


Figura 4. *Edentații parțiale deciduale în timpul pierderii timpurii a dinților*

- I – edentație intercalată cu lipsa molarilor primi deciduali.
- II – edentație intercalată cu lipsa molarilor primi deciduali și a incisivilor centrali deciduali.
- III – edentație intercalată cu lipsa molarilor primi deciduali și incisivilor centrali și laterali deciduali.
- IV – oligodonție (anodonție subtotală).
- V – anodonție totală.

Dentația mixtă

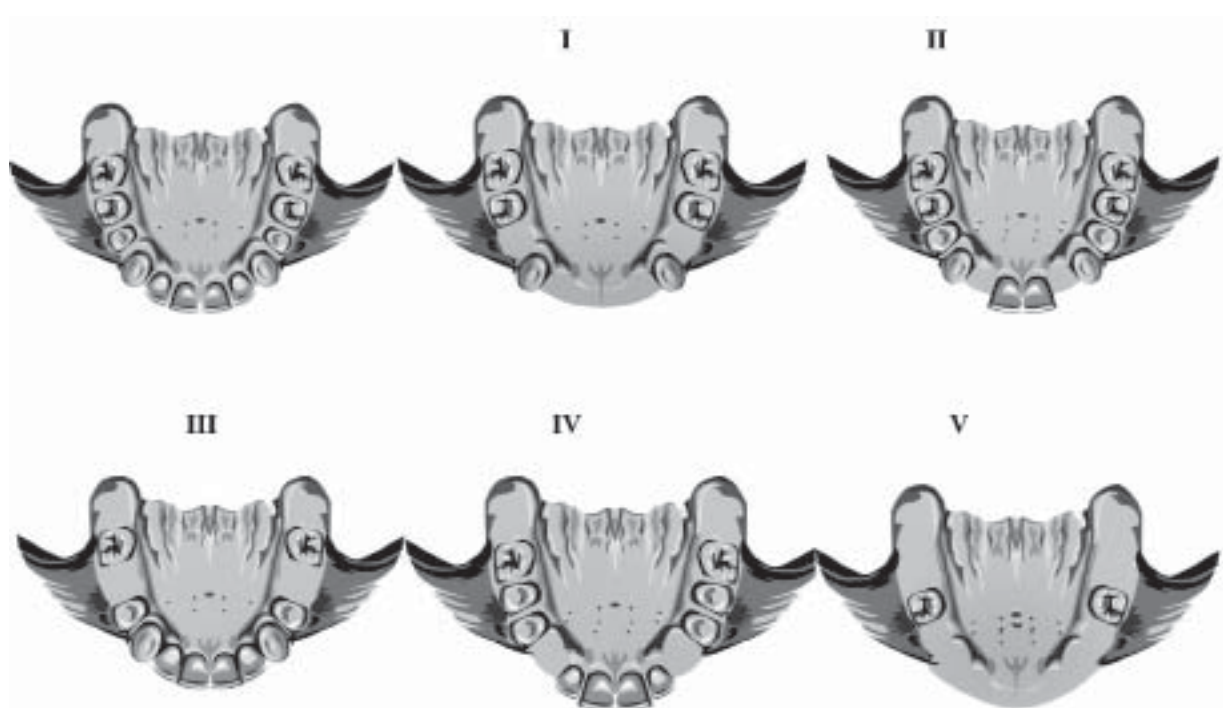


Figura 5. *Tipurile de edentații parțiale în succesiunea erupției dinților permanenți, asociate cu hipodonții*

- I – edentație intercalată mixtă, asociată cu prezența molarului prim permanent.
- II – edentație intercalată mixtă cu prezența incisivilor centrali permanenți și molarului prim permanent.
- III – edentație intercalată mixtă cu prezența incisivilor centrali permanenți, molarului prim și premolarilor permanenți.
- IV – edentație intercalată cu lipsa caninilor deciduali.
- V – edentație subtotală cu prezența molarului prim permanent.

Principii de tratament protetic în diferite perioade de creștere

Tratamentul protetic la copii și adolescenți îmbracă formele cele mai diferite, datorate particularităților aparatului dento-maxilar la aceste vârste. Tratamentul protetic va avea un caracter de temporizare, până când, dezvoltarea aparatului dento-maxilar va permite adoptarea unei soluții. De remarcat că încheierea dezvoltării la anumite etape permite deja aplicarea unor metode protetice de durată, iar aplicarea tratamentului protetic se va face individualizat. Principiul biofuncțional trebuie să guverneze alegerea elementelor de agregare, astfel încât se permite încheierea maturizării pulpare și radiculare. Agregarea pe dinții temporari trebuie să aibă în vedere crearea unor condiții care să permită rizariza în condiții normale (evitarea suprasolicităților, evitarea ancorării intraradiculare etc.).

Principiile ocluziei funcționale vor sta la baza întregului tratament protetic în perioada de creștere. Tratamentul protetic în această perioadă va evita corectarea unor anomalii dento-maxilare (ocluzia adâncă, ocluzia deschisă etc.), care vor fi rezolvate ortodontic. Acesta se va adresa echilibrării și conținței rezultatului ortodontic.

În funcție de dinții pe care se aplică, restaurările protetice trebuie să țină cont de dentiția existentă: a) dentiția temporară; b) dentiția mixtă; c) dentiția permanentă.

Din punct de vedere tehnic, tratamentul protetic la copii și tineri îmbracă toată gama de manopere și procedee clinico-tehnice, cu modificări determinate de structura și dezvoltarea țesuturilor aparatului dento-maxilar.

Unele particularități de dezvoltare ale masivului facial, structura specifică a dinților la vârste (apex larg deschis, cameră pulpară mare, rizariza dinților temporari, erupția dinților permanenți etc.), modul particular de tratare a leziunilor odontale la copii și tineri sunt factorii de care trebuie să se țină seama în indicarea și realizarea tratamentului protetic, celui mai adecvat situațiilor clinice.

În dentițiile temporară și mixtă se pot aplica unele mijloace specifice protezării conjuncte, utilizându-se însă cu precădere metode mobilizabile.

Indicația majoră este dată de distrugerii coronare masive prin carii și traumatisme. Obiectivul este refacerea funcției dintelui pierdut.

Se pot folosi coroane acrilice pe dinții frontali, punți de colaj în toate zonele, coroane metalice prefabricate (adaptate corect la toate nivelurile: ocluzal, ecuatorial și cervical). Ca elemente de agregare în zonele laterale potențialul cariogen prin retențiile alimentare pe care le generează, în cazul triturării par-

țiale. Utilizarea molarului de 6 ani ca dinte-stâlp de punte și folosirea ca element de agregare a unei microproteze de acoperire nu se par exagerate, în cazul în care acest dinte ar fi indemn. În cazul în care prezintă leziuni coronare cu lipsă de substanță, în funcție de gradul de distrucție se alege elementul de agregare cel mai potrivit.

În edentațiile latero-laterale, tratamentul protetic de elecție îl constituie proteza mobilizabilă – menținătorul de spațiu. Întrebarea este dacă aceasta va fi purtată de pacient. Particularitățile de creștere impun însă includerea în baza protezei a unui șurub median, care să urmeze creșterea. Pentru protezele mobilizabile utilizate în edentațiile parțiale, dinții se vor monta fără diastemă între incisivii centrali și cu treme între incisivii centrali și laterali. Prin activarea șurubului pe măsura obturării aparatului, în zona centrală va apărea o diastemă a cărei dimensiune va fi controlată permanent prin modificarea dimensiunii dinților frontali.

Situațiile clinice ne pun din nou alternativa: tratament fix sau mobilizabil. Tratamentul fix se bazează, în cazul leziunilor coronare, pe utilizarea coroanelor acrilice pe frontali și a coroanelor metalice (distanțate sau turnate în zona laterală). O particularitate impusă de faza de dezvoltare a dintelui este realizarea de microproteze cu agregare intraradiculă.

Unii autori propun utilizarea de obturație de canal în straturi: materiile de acțiune predominant histogenă, care să favorizeze închiderea apexului. Alți autori consideră necesar a realiza microproteza după regulile cunoscute, urmată de cimentare provizorie repetată până la închiderea apexului dintelui.

În ceea ce privește realizarea punților dentare, indicarea lor este subordonată, de asemenea, fazei de dezvoltare a aparatului dento-maxilar. În zona frontală, pierderea unui incisiv central se poate restaura prin punte, odată cu apariția caninilor (11-13 ani), adică atunci când dezvoltarea transversală a acestei zone este încheiată. Pierderea celor doi incisivi centrali schimbă însă radical situația: cei 2 incisivi laterali nemaifiind suficienți ca dinți-stâlpi, necesitatea de a prinde și caninii ca dinți-stâlpi împinge tratamentul până la vârsta închiderii apexului (15-16 ani). Temporizarea implică un tratament cu proteză mobilizabilă.

În zona laterală, punțile vor avea un caracter tranzitoriu, indicându-se în general menținătoarele de spațiu și punți provizorii. Cu bune rezultate se pot folosi punți de colaj, sub rezerva controlului periodic atent, sub aspectul echilibrărilor ocluzale și al posibilităților de decimentare prin modificări de poziție a dinților vecini lucrării.

Protezele parțiale mobilizabile au un rol deosebit de însemnat și trebuie luate în considerație datorită

avantajelor pe care le prezintă: posibilitatea adaptării permanente, posibilitatea combinării cu un aparat ortodontic.

Proteza parțială mobilizabilă va urmări dezvoltarea arcadelor alveolo-dentare prin adaptări și rebazări la fiecare 5 luni. Impedimentul cel mai mare în indicarea și realizarea acestui gen de lucrări protetice constă în obstacolul psihic al pacientului, precum și în neînțelegerea de către acesta a motivației necesității purtării protezei. Până la aplicarea unei lucrări conjuncte cu caracter de durată, proteza mobilizabilă este tratamentul de elecție în unele situații, cum ar fi anodonția de incisivi laterali.

Pe lângă multiplele avantaje și indicații ale protezării mobilizabile la copii, marele neajuns îl reprezintă, totuși, condițiile de igienă mai puțin satisfăcătoare pe care le păstrează micul pacient. Acestea determină apariția cariilor în zone indemne la carii (fața orală a incisivilor superiori și inferiori, fața orală a molarilor superiori și inferiori).

Tratamentul problemelor dentare la copii și adolescenți poate fi sortat prin două distincții critice: prima – între problemele ortodontice scheletale și

nescheletale, apoi prin severitatea problemelor nescheletale. Să presupunem că aceste distincții au fost făcute, folosind analizele formei faciale sau (mai puțin frecvent) analizele cefalometrice și apoi analizele de suprafață ca cheie de diagnosticare a procedurilor. Voi pune accentul pe procedurile de tratament pentru copiii care au fost selectați în acest proces. Ei au probleme ortodontice de severitate moderată sau probleme potențiale care se includ în această clasă a ortodonției.

Dinții iregulari și neparaleli în dentiția eterogenă timpurie pot apărea din două motive majore:

(1) lipsa spațiului adecvat pentru aliniere, care cauzează erupția dintelui sub formă defectă față de poziția normală în arc;

(2) amestec de erupții care împiedică dintele permanent de la erupția de pe schema normală și, în plus, poate duce la probleme de spațiu din cauza altor dinți care au tendința spre poziții incorecte.

Protezarea dentară la copii și adolescenți este o metodă sigură de păstrare a funcționalității și de preîntâmpinare a deformațiilor ocluzionale. Este destul de mare diapazonul procedurilor profilactice

Diagnoza: anodonție subtotală



Figura 6. Fotografia frontală a pacientului cu fixarea liniei surâsului



Figura 7. Fotografia frontală a pacientului cu fixarea liniei labiale



Figura 8. Fața pacientei, pe partea laterală dreaptă



Figura 9. Fața pacientei, pe partea laterală stângă

la pierderea timpurie a dinților în segmentele laterale, deoarece se poate preveni încălcarea procesului de formare a înălțimii ocluziei, scurtarea arcadei dentare, apariția prelungirii dento-alveolare și apariția obiceiurilor vicioase, deplasarea orizontală a dinților eruptivi, deplasarea intra-osoasă a foliculilor dinților neerupti, normalizarea dezvoltării osului maxilar.

Pentru a găsi o soluție corectă în determinarea construcției tratamentului protezării la copii și adolescenți, unic în fiecare caz aparte, trebuie de determinat cum are loc dezvoltarea arcadelor dentare și când pot fi considerate total crescute.

Caz clinic nr. 1. Pacienta N., 3 ani

Acuze la adresare. S-a adresat cu absența a numeroși dinți temporari în regiunea laterală și frontală din cavitatea bucală, dereglări de masticatie estetică, fonație, deglutiție, ce se exercită printr-un fenomen reduțional al dinților temporari în denția decidu- ală (figurile 6–9). Păstrarea planului post-lacteal la dinții 5 temporari. Etajul inferior micșorat datorită unui suport dentar redus, profil concav cu deplasarea punctului Gnation anterior de planul Simon, șanțul labio-mentonier accentuat. La palparea atentă a contururilor osoase se constată o hipodezvoltare osoasă, crestele alveolare reduse, chiar ascuțite în special la arcada inferioară.



Figura 10. Examenul intraoral frontal



Figura 11. Examenul intraoral lateral



Figura 12. Examenul intraoral la edentație frontală parțială



Figura 13. Examenul intraoral la mandibulă



Figura 14. Examenul intraoral la maxilă



Figura 15. Examenul radiologic reprezentat prin ortopantomografie

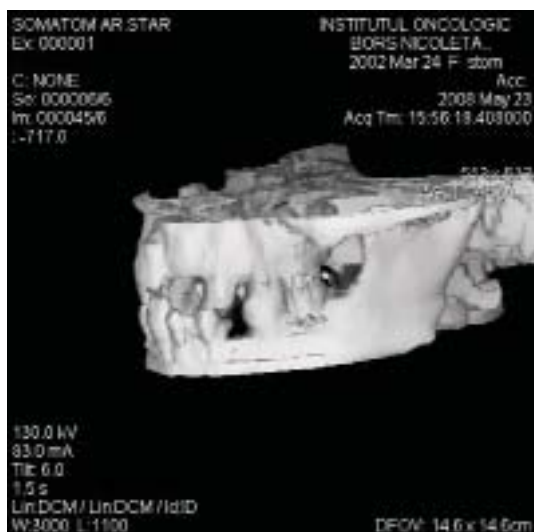


Figura 16. Examenul radiologic tridimensional lateral stâng



Figura 17. Examenul radiologic tridimensional frontal

Plan de tratament



Figura 18. Amprentarea câmpului protetic cu material elastic siliconic cu strat dublu

1. Amprentarea câmpului protetic (figura 18).
2. Realizarea aparatului ortodonto-protetic mobilizabil cu dinți artificiali, cu menținerea spațiului pentru dinții permanenți.
3. Aceste aparate ortodonto-protetice vor fi rebazate din 6 în 6 luni, observând instabilitatea aparatului în cavitatea bucală până la apariția dinților permanenți.



Figura 19. *Fixarea aparatului mobilizabil pe mandibulă*



Figura 20. *Examinarea ocluziei și a plăcuțelor mobilizabile în cavitatea bucală în ocluzia frontală*



Figura 21. *Examinarea ocluziei în lateralitate*



Figura 22. *Fixarea aparatului mobilizabil pe maxilă*

Examenul intraoral după 3 ani



Figura 23. *Examenul intraoral; erupția primilor dinți*



Figura 24. *Examenul intraoral cu fixarea cheii de ocluzie*

Rezultatele tratamentului. Păstrarea cheii de ocluzie al primilor molari permanenți. Erupția dinților frontali permanenți cu păstrarea dimensiunii etajului inferior al feței. Aceste aparate ortodonto-protetice în

dentația deciduală sunt efectuate cu scop profilactic, menținând spațiul pentru dinții permanenți (figurile 22– 25).



Figura 25. Aparat parțial mobilizabil, dinte pe model confecționat din valplast



Figura 26. Aparat mobilizabil din valplast fixat în cavitatea bucală

Caz clinic nr. 2 Pacienta L., 15 ani

Acuze la adresare. Pacienta s-a adresat cu dereglări estetice în regiunea frontală (figurile 27, 28, 29), lipsa dinților 1.2, 2.1, 4.1. Lipsa mugurilor incisivi laterali superiori și incisivului central inferior

cu spațiul parțial închis în regiunea frontală, migrarea simetrică a caninilor în spațiile edentate.

Diagnoza: malocluzie clasa I Angle, hipodonție cu lipsa mugurilor incisivilor laterali superiori și incisivului central inferior 4.1, fără tulburări de ocluzie în regiunea laterală.



Figura 27. Examenul intraoral lateral drept



Figura 28. Examenul intraoral lateral stâng



Figura 29. Examenul intraoral frontal

Ortopantomograma denotă treme și diasteme în regiunea frontală. Prezența dintelui 5.3 și lipsa mugurilor dinților 1.2, 2.1 și 4.1. Rădăcina caninilor și

coroana lor este mezializată și deplasată în regiunea incisivilor laterali.



Figura 30. Examenul radiologic reprezentat prin ortopantomografie

Plan de tratament

1. Aplicarea sistemului fix Straight Wire Technique (figura 31) pentru aranjarea dinților frontali, mezializarea caninilor, închiderea tremelor, diasteme-

lor. S-au utilizat arcuri Ni-Ti de la 0,16 - 0,18 regulate și SS 0,16. Folosirea catenelor elastice deja pe arcuri SS 0,18 pentru închiderea tremelor și diastemelor (figura 32).



Figura 31. Stabilirea aparatului fix



Figura 32. Amplasarea caninilor în locul incisivilor laterali

2. În regiunea frontală, pentru menținerea tratamentului ortodontic pe canini și incisivi centrali au fost aplicate compozite fotopolimerice; în regiunea

palatinală a dinților frontali a fost fixat aparat de conținție fix (figura 35).



Figura 33. Examenul după extracția aparatului fix



Figura 34. Restabilirea zonei frontale



Figura 35. Fixarea aparatului de contenție



Figura 36. Fixarea coroanelor artificiale în regiunea frontală la mandibulă

3. În regiunea dintelui 2.3 a fost folosită puntea adezivă după Rochette (1973), fixată cu ciment Fuji

Plus pentru menținerea tratamentului ortodontic (figura 37).



Figura 37. Fixarea punților adezive în regiunea dintelui 2.3



Figura 38. Analiza fotometrică după 5 ani de posttratament

Concluzii

1. Etapele dezvoltării ocluziei dentare în diferite perioade de creștere necesită o atenție deosebită la schimbul fiziologic al dentiției, fiindcă în aceste perioade se formează edentațiile primare și la erupția dinților permanenți apar migrări dentare și dereglări de ocluzie.

2. Descriind factorii ce pot surveni la prezența edentațiilor, tulburărilor de ocluzie, punem accentul și pe dereglările craniocervicale, care în timpul tratamentului ortodonto-protetic trebuie realizate prin corectarea malocluziei și înlocuirea edentațiilor cu ajutorul aparatelor protetice.

3. Metodele clasice și moderne de tratament ortodonto-protetic în multe cazuri au caracter temporar, fiindcă aceste aparate se confecționează în caz de denția deciduale și mixte și au un rol estetic, funcțional, biologic, recidiv și profilactic.

Bibliografie

1. Dorobăț V., Stanciu D. *Ortodonție și ortopedie dento-facială*. Iași: Editura Medicală, 2009.

2. Tomas M. Gaber, Robert L. Vamarsdal. *Orthodontics: „Curent Principles and Techniques”*, third ed. Mosby. 2000, Mosby-2005, p. 632-646, 1172-1176 p.

3. Richerg Welburg, Mouty Duggal, *Pediatric Dentistry*, third ed. Oxford. 2005.

4. *Radiographic Classification of Caries*. Hosted on the Ohio State University website [online]. <http://www.scribd.com/doc/13288224/Fluoride-The-Ultimate-ClusterFlux-Folder-1C> (citat 14.08.2006).

5. Declan Millett, Richard Welbery, *Clinical Problem Solving in Orthodontics and Pediatric Dentistry*. New York, Oxford, Philadelphia, 2005.

6. Forna N. *Evaluarea stării de sănătate afectată prin edentație*. Iași: Casa Editorială Demiurg, 2007.

7. Хорошилкина Ф. Я. *Ортодонтия*. Медицинское информационное агентство. Москва, 2006, с. 488-506.

Rezumat

În acest articol a fost descrisă apariția edentațiilor la copii și adolescenți – pacienți de diferite vârste. Folosind criteriile de apariție, au fost clasificate edentațiile parțiale în denția decidue și mixte. Sunt descrise principiile de tratament protetic și obiectivul ocluziei funcționale la aceste vârste.

Резюме

В этой статье описаны частичные дефекты зубных рядов у детей и подростков, используя классификации дефектов в молочном, смешанном и постоянном прикусе.

Summary

This article described the appearance of edentations in children and adolescents examining patients different ages. Using the criteria of appearance the partial edentulous were classified in deciduous and mixed dentition. Description of prosthetic treatment principles and the objective of functional occlusion at this ages.

**AXIOGRAFIA – PRINCIPIUL DE BAZĂ
AL OPTIMIZĂRII OCLUZIEI**

Valeriu Fala, dr. med., conf. univ.,
Clinica stomatologică *Fala Dental*
Catedra *Stomatologie Terapeutică*, FECMF a
USMF *Nicolae Testemițanu*
Valeriu Burlacu, dr. med., prof. univ.,
șef catedră

Actualitatea temei

Diagnosticul funcțional este un domeniu foarte important al stomatologiei moderne. Deși organul masticator reprezintă un sistem complex de relații structurale și funcționale, medicii deseori evită diagnosticarea lui minuțioasă. Una dintre cauzele acestei situații este, posibil, lipsa părerii unice referitor la metodele de diagnostic. Opiniile diferite trezesc neîncrederea și chiar frica medicilor-practicieni, înainte de utilizarea diagnosticului funcțional sistematizat în practică. Totodată, rezultatul tratamentului fără cercetări de diagnostic va fi imprevizibil [1].

Determinarea cauzelor dereglărilor funcționale necesită implementarea metodelor sistematizate, care ar putea fi adaptate la orice caz clinic. Decizia referitor la planul de tratament trebuie să fie bazată pe diagnoză.

Scopul procedurilor de diagnostic și a investigațiilor este diagnoza. Obiectivul diagnosticii, de obicei, este un plan de tratament corect [1]. Planul optimal de tratament poate fi alcătuit după studierea riguroasă și analiza funcțională, structurală și estetică a cavității bucale, după examenul roentgenologic și după studierea modelelor din ghips, montate în articulatorul reglabil cu ajutorul arcului facial. Datele colectate sunt transmise tehnicianului dentar, cu ancheta de laborator, pentru corectarea sau modificarea arcadei dentare. Tehnicianul dentar efectuează modelarea de

diagnostic în ceară, introducând toate modificările la indicațiile medicului-stomatolog [2].

Confecționarea gutierei cu scop de tratament sau a restaurării provizorii în tehnica directă modificată îi permite medicului-stomatolog să aprecieze corect eficacitatea și corectitudinea schimbărilor efectuate în arcadele dentare. Integrarea estetică, adecvată și funcțională a restaurării pregătește țesuturile moi pentru restaurarea directă definitivă a arcadei. Intervențiile de reorganizare a sistemului dento-maxilar trebuie să fie argumentate și gnatologic direcționate.

Termenul *gnatologie* a fost propus de un clinician și cercetător bine cunoscut, Stallard, în 1924. Dictionarul de termeni ortodontici (Glossary of Orthodontic Terms) dă următoarea interpretare acestui termen: “Gnatologia este un domeniu al stomatologiei care studiază aspectele anatomice, histologice, fiziologice și patologice ale interacțiunilor ocluzale statice și dinamice, ATM și sistemul masticator ca un întreg, de asemenea diagnosticul și tratamentul tulburărilor din sistemul dat”.

Principalii termeni ai gnatologiei sunt: ocluzia, relația centrică, ghidajul anterior, dimensiunea verticală de ocluzie, poziția de intercuspidare. O mare însemnătate o au determinanții mișcării maxilarului inferior, înregistrați cu ajutorul aparatului special.

La moment cele mai răspândite concepții despre ocluzie sunt:

- concepția ocluziei balansate;
- concepția funcției de grup pe partea activă în laterotruzie;
- concepția ghidajului canin;
- concepția ocluziei miocentrice;
- concepția traiectoriei funcțional condiționate (Functionally Generated Path) după Pankey, Mahan, Staehle;
- concepția ghidajului canin modificată;
- concepția dizocluziei consecutive cu dominantă canini.

Concepția „dizocluziei consecutive cu dominantă canini” este cea mai modernă și totodată una dintre cele mai complicate concepții. În această concepție este important faptul că în timpul ghidajului în laterotruzie dizocluzia dinților să se petreacă respectând consecutivitatea. Această consecutivitate de dizocluzie este aproximativ la fel ca și în cazul erupției dinților permanenți: primul molar, al doilea premolar, primul premolar, caninul. Este important să se ia în considerație această dizocluzie în formarea noilor relații cu dinții antagoniști.

Fiecare element anatomic format pe suprafața ocluzală a dinților are o funcție anumită. Este necesar să acordăm o importanță deosebită “cheii ocluzale” – primilor molari permanenți. Traectoria ghidajului